

Pediatria

Disturbi nutrizionali in età pediatrica: consulenza infermieristica specializzata



Julia Champenois

L'obiettivo principale è far sì che il bambino riprenda a mangiare con piacere, con un approccio adeguato alle sue esigenze.

È tempo di riconoscere i **disturbi nutrizionali pediatrici** come una patologia indipendente e di fornire un supporto precoce e adeguato ai bambini e ai loro genitori. I professionisti dell'assistenza specializzata possono svolgere un ruolo centrale in questo senso.

Tutti abbiamo sentito frasi come «Un bambino non morirà di fame», «Finché cresce e aumenta di peso, va tutto bene» o «Non forzarlo a mangiare, si sbloccherà da solo» – eppure ci sono bambini che non mangiano. Non è che non vogliano mangiare, è che non ci riescono. I disturbi alimentari nei bambini sono uno dei motivi più comuni per cui ci si rivolge ai pediatri o ad altri specialisti della prima infanzia. Secondo Kerzner et al. (2015), oltre il 50% delle madri ritiene che almeno uno dei propri figli

«mangi male». Inoltre, secondo Manikan e Ferman (2000), un bambino che mangia male diventa rapidamente un problema familiare e un importante fattore di stress per i genitori. Il problema merita un'attenzione particolare: nel 3-10% dei casi, le prime difficoltà alimentari possono evolvere in disturbi alimentari persistenti e talvolta gravi (Goulet et al., 2012). È necessario creare una consapevolezza collettiva sul fatto che il disturbo alimentare nell'infanzia è una vera e propria patologia. È ora di riconoscerlo e di garantire un'assistenza precoce e adeguata ai bambini e alle loro famiglie.

Dal 2019 esiste una definizione internazionale dei disturbi alimentari pediatrici (PED - Pediatric Eating Disorder) grazie allo studio di Goday et al. Un PED è una variazione nell'assunzione di nutrienti per via orale che non corrisponde all'età del bambino e che dura per almeno due settimane. Se la

durata è compresa tra due settimane e tre mesi, viene definita acuta, mentre è cronica se dura più di tre mesi.

Ancora in gran parte sconosciuti

I PED sono associati a uno dei seguenti fattori: un disturbo dell'alimentazione (denutrizione o malnutrizione) associato all'alimentazione selettiva, una dipendenza dall'alimentazione enterale, un disturbo medico (conseguenze dell'atresia esofagea, insufficienza cardiaca, ecc.), un disturbo delle abilità alimentari (sviluppo ritardato della motricità orale, necessità di modificare la consistenza del cibo, strategie di adattamento, ecc.) o un disturbo psicosociale (rapporto con la persona che nutre il bambino o con l'ambiente).

Secondo uno studio di Kovacic et al. (2021), la prevalenza di PED nei bambini di età inferiore ai 5 anni nella

popolazione generale è compresa tra il 2,7 e il 4,3%, e tra il 20 e il 33% nei bambini con malattie croniche. I PED sono ancora largamente sconosciuti agli operatori sanitari. Raramente vengono diagnosticati e le famiglie sono lasciate sole. Il bambino e i genitori di solito si ritrovano imbarcati in un'odissea e privati dell'ascolto e del riconoscimento della malattia. La situazione è aggravata da istruzioni e convinzioni sbagliate, con effetti spesso disastrosi sullo sviluppo orale e sull'autostima del bambino. La relazione genitore-figlio ne risente e i genitori si rassegnano o sviluppano un atteggiamento di eccessivo controllo e coercizione. Quando i PED persistono con l'avanzare dell'età del bambino, i livelli di stress dei genitori aumentano, soprattutto quando durante i pasti si arriva a comportamenti aggressivi (Silverman et al., 2021).

«I disturbi nutrizionali in età pediatrica sono in gran parte sconosciuti agli specialisti. Raramente vengono diagnosticati e le famiglie sono lasciate sole.»

È quindi fondamentale che i bambini con PED vengano indirizzati precocemente a cure adeguate e specializzate (Morris et al, 2017). Per un'assistenza efficace, il bambino e la sua famiglia devono essere accompagnati da professionisti formati e specializzati in PED. Poiché il problema è multifattoriale, devono essere presi in considerazione diversi obiettivi terapeutici e possono essere coinvolti vari specialisti, come infermieri pediatrici o spe-

cialisti in logopedia, terapia occupazionale, psicomotricità, consulenza nutrizionale, psicologia, psicoterapia o anche fisioterapia o osteopatia. Un approccio cooperativo con due o tre professionisti, adattato alle capacità e alla disponibilità della famiglia, consente di progredire più rapidamente e in modo più armonioso.

«La punta dell'iceberg»

La consulenza assistenziale specializzata in PED svolge un ruolo centrale nel fornire un'assistenza completa al bambino e alla sua famiglia. Grazie alla sua formazione, dopo un'anamnesi dettagliata il professionista può decidere quali sono gli assi prioritari su cui agire e, se necessario, riorientare il paziente o suggerire un approccio cooperativo. L'obiettivo principale è far sì che il bambino riprenda a mangiare con piacere, con un approccio personalizzato in base alle sue esigenze specifiche.

Durante la consulenza, l'assistente PED tiene conto delle difficoltà quotidiane delle famiglie e propone soluzioni adatte al loro stile di vita da sperimentare. Adatta il focus terapeutico allo stress psicologico dei genitori e all'età e alla motivazione del bambino. A seconda dell'età del paziente, lavora con i genitori e il bambino per sviluppare soluzioni pratiche e concrete. Quando si parla con la famiglia, è fondamentale farle capire che le difficoltà alimentari del bambino sono solo la «punta dell'iceberg».

Le difficoltà sensoriali, l'ipersensibilità orale, l'ansia associata e i traumi causati da atteggiamenti o riflessioni

inappropriate costituiscono la punta di questo iceberg. È estremamente importante trattare e migliorare prima la parte invisibile, in modo che il bambino possa riacquistare fiducia. Solo allora è possibile lavorare sul comportamento alimentare del bambino. Per i genitori, un'ulteriore sfida all'inizio è quella di mettere in discussione le proprie convinzioni e di abbandonare i principi della compostezza a tavola per andare avanti.

L'importante è che il bambino possa trovare fonti di piacere in bocca, anche se per qualche settimana non si nutre che di patatine, cioccolato o latte per neonati. In questa fase, una dieta equilibrata non è una priorità.

Prima è meglio

Di norma, le consulenze infermieristiche avvengono ogni tre o quattro settimane e sono coperte dalla LAMal se prescritte da un medico. Prima viene diagnosticato il disturbo del bambino, idealmente all'età di otto-dieci mesi, più breve sarà il periodo di cura. In genere sono necessari da 4 a 6 mesi prima che si notino i primi cambiamenti significativi. Per la maggior parte dei bambini, l'assistenza si estende per 12-18 mesi, il che consente un lavoro approfondito sulle varie dimensioni dei disturbi alimentari.

Autrice

Julie Champenois Infermiera specializzata in nutrizione pediatrica, consulente per l'allattamento IBCLC, responsabile dei moduli 1 e 2 del CAS «Disturbi nutrizionali pediatrici», Scuola universitaria della salute di Friburgo, Julie.champenois@hin.ch

Samstag, 17. Mai 2025

Der Grosse Schnuppertag

Akupunktur, Ayurveda, Cranio, Ernährung, Fussreflex, Kinesiologie, Med. Massage, Naturheilkunde, Shiatsu, EFA, eidg. Diplome, Bundesbeiträge, Vorfinanzierung.

Machen Sie sich ein Bild von diesen Berufen — und Ihrer Zukunft.



www.heilpraktikerschule.ch

Heilpraktikerschule Luzern | Tel +41 (0)41 418 20 10 | info@heilpraktikerschule.ch



Annunci